

Historial de Pruebas de VIH

Gracias por llenar este cuestionario. Recuerde que todas las respuestas que nos da se van a mantener privadas. Por favor lea todas las preguntas con cuidado. Las primeras preguntas son sobre sus pruebas de VIH pasadas.

1. Fecha de hoy ___/___/____ (mes/día/año)

Sólo uso administrativo

2. ___/___/___ Fecha de la prueba

3. ¿En qué fecha (mes/ año) recibió por primera vez un resultado **positivo** para la prueba de VIH? [Nos gustaría saber en qué fecha le sacaron la sangre que dió el primer resultado positivo para el VIH. Haremos referencia a esta fecha en el cuestionario.]

___/___/____ (mes/año)

Sólo uso administrativo

___/___/___ Fecha de la prueba

4. ¿Se hizo la prueba de manera anónima la primera vez que obtuvo un resultado positivo para el VIH? (en la fecha en pregunta 3) [Esto quiere decir que no dio su nombre para hacerse la prueba.]

₁ Sí

₀ No

₇ Prefiero no contestar

₉ No sé

5. ¿Cuál es el nombre del lugar donde recibió su primer resultado positivo a la prueba del VIH (en la fecha en pregunta 3)? Por ejemplo, puede ser el nombre de la clínica de salud en la comunidad, banco/laboratorio de sangre, oficina de médico privado, clínica de enfermedades de transmisión sexual.

Nombre del sitio: _____

Estado: _____

Sólo uso administrativo

_____ Código del tipo de sitio

6. ¿Porqué se hizo la prueba de VIH en la fecha en pregunta #3? ¿Cuál fue la razón?

[1] Porque usted cree o le preocupa que se haya expuesto al VIH en los últimos seis meses ₀ No ₁ Sí

[2] Porque usted se hace pruebas cada cierto tiempo y ya le tocaba hacerse la prueba otra vez ₀ No ₁ Sí

[3] Porque quiso asegurarse de que es VIH negativo ₀ No ₁ Sí

[4] Porque era requisito de una compañía de seguros, del ejército, una orden de la corte, o de alguna otra agencia o compañía ₀ No ₁ Sí

[5] Porque existe otra razón. Si la respuesta es sí, por favor escriba la razón ₀ No ₁ Sí

7. ¿Cuándo fue la **primera** vez que se hizo la prueba de VIH (en qué fecha le sacaron la sangre)? Si no está seguro/a, favor de estimar.

___/___/____ (mes/año)

8. ¿Ha recibido alguna vez un resultado **negativo** a la prueba VIH?

Sí ₁ ⇒

Favor de pasar a pregunta 8a en la próxima página

No ₀
No sé ₉ } ⇒

Favor de pasar a pregunta 9 en la próxima página

8a. Antes del primer resultado positivo de la prueba de VIH (la fecha en pregunta 3), ¿cuándo fue la última vez que recibió un resultado negativo? (nos gustaría saber en que fecha le secaron la sangre)

___ / ___ (mes/año)

8b. ¿Cuál es el nombre del lugar donde recibió su último resultado **negativo** a la prueba de VIH (en la fecha en pregunta 8a)? Por ejemplo, puede ser el nombre de la clínica de salud, banco/laboratorio de sangre, oficina de médico privado, clínica de enfermedades de transmisión sexual.

Nombre del sitio: _____ Estado: _____

Sólo uso administrativo
_____ Código del tipo de sitio

9. Cuántas veces se ha hecho la prueba VIH en los últimos dos años? Su primera prueba de VIH positiva actual esta incluida en esta cuenta.

1 (prueba positive actual) + ___ (pruebas anteriores) =

Las siguientes preguntas son sobre las medicinas para el VIH. A veces estos medicamentos se usan para prevenir la infección del VIH. Esto se conoce como profilaxis post-exposición, o PEP, por sus siglas en inglés. Algunos de estos medicamentos también se usan para el tratamiento de la Hepatitis B. Estos medicamentos también se pueden utilizar en tratamientos para el VIH que se conocen como HAART o “coctel Anti-SIDA”. POR FAVOR, MIRE LAS FOTOS DE MEDICAMENTOS EN LA ÚLTIMA PÁGINA PARA CONSTESTAR LAS PROXIMAS PREGUNTAS.

10. En los últimos seis meses, anteriores al primer resultado **positivo** de la pregunta 3 ¿había tomado alguna de estas medicinas?

Sí ₁ ⇒

Favor de pasar a pregunta 10a en la próxima página

No ₀
No sé ₉ } ⇒

PARE, Ya terminó este cuestionario

10a. ¿Cuáles ha tomado? Favor de hacer una lista (Si no está seguro/a del período de tiempo, por favor incluya medicinas que es POSIBLE que haya tomado durante los pasados seis meses?)

10b. En los seis meses anteriores al primer resultado **positivo** de la pregunta 3 ¿cuál fue el primer día en que tomó cualquiera de la medicinas que se muestran en las fotos? Si no está seguro/a, favor de estimar.

___/___/____ (mes/día/año)

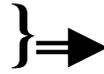
10c. ¿Está usted tomando ahora cualquiera de las medicinas que se muestran en las fotos?

Sí ₁



No..... ₀

No sé..... ₉



Favor de pasar a pregunta 10d en la próxima página

PARE, Ya terminó este cuestionario

10d. ¿Cuál fue el último día en que tomó cualquiera de las medicinas que se muestran en las fotos? Si no está seguro/a, favor de estimar.

___/___/____ (mes/día/año)

Muchas gracias por su participación y tiempo. Sus repuestas nos van a ayudar a entender mejor las pruebas de VIH.